

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

332

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 juillet 1889 à 1 heure

Par GASTON PAILHAS

Né à Lexos (Tarn-et-Garonne) le 30 janvier 1867

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE INTERLOBAIRE SUPPURÉE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

(Pneumotomie)

Président de la Thèse : M. le professeur DAMASCHINO.

*Jury : MM. { STRAUS, professeur.
BUDIN, agrégé.
DEJERINE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DAMASCHINO
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PINARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER
Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	Ribemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	A. ROBIN.
BOUILLY.	BUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMASCHINO

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec

INTRODUCTION

La pleurésie interlobaire suppurée est une affection complexe et grave. Complexe, en ce sens que n'ayant pas de signe pathognomonique, elle déroute, tout au moins au début, la sagacité du clinicien le plus expérimenté. Elle est grave, parce qu'à l'exemple des deux autres variétés de pleurésie purulente, elle guérit très rarement d'une façon spontanée et que les moyens thérapeutiques généralement employés jusqu'à ces derniers temps sont peu efficaces. On n'est pas médiocrement surpris en effet, de voir combien les médecins s'avouent désarmés en sa présence et combien d'autre part la majeure partie des malades atteints arrivent à une cachexie rapide.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas cette année dans le service de notre excellent maître, le docteur Letulle. Il s'agit d'un malade qu'il a soigné pendant près d'un an sans obtenir d'amélioration. Inquiet des résultats peu satisfaisants de la thérapeutique médicale et voyant l'état général s'aggraver de jour en jour, notre maître n'a pas hésité à lui proposer une opération radicale. Il a songé à la Pneumotomie et c'est sur sa demande que M. P. Segond a bien voulu se charger de l'opération.

Cette intervention chirurgicale a été non seulement inoffensive, mais elle a valu au malade une guérison, complète et rapide. Aussi est-il vraiment curieux de voir aujourd'hui ce jeune homme, qui, il y a quelques mois à peine était tombé dans un état d'affaiblissement déplorable, posséder une santé des meilleures.

Cette observation nous a paru intéressante à tous égards. Elle nous montre les nombreuses difficultés que le médecin est obligé de vaincre et toute la persévérance dont il a besoin pour arriver à la connaissance exacte de l'affection. Mais elle nous enseigne également et ceci en fait sa valeur, tout le parti qui peut retirer d'un diagnostic solide et tout le bénéfice qu'il peut en résulter pour le malade, grâce à une intervention sagement dirigée.

Il nous a semblé qu'il y avait là tout un chapitre de la pleurésie interlobaire suppurée, sinon nouveau, du moins peu connu, eu tout cas laissé de côté dans les ouvrages classiques. Nous avons cru qu'il y aurait quelque intérêt à le présenter et c'est la raison qui nous a déterminé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous savions bien qu'il existait des observations d'intervention à travers le poumon, nous savions que certains chirurgiens français et surtout étrangers avaient attaqué le parenchyme pulmonaire dans le but d'atteindre des cavernes et de les drainer, mais nous ignorions qu'ils l'eussent déjà fait et de propos délibéré pour des suppurations enkystées de la plèvre interlobaire. Des recherches bibliographiques nombreuses dans les revues, bulletins, journaux parus dans ces derniers temps nous ont

montré qu'il n'en était rien et que cette opération avait déjà été pratiquée.

Nous réunirons donc tous les faits peu nombreux sans doute, que nous avons pu recueillir, nous y ajouterons celui plus récent que nous devons à l'extrême obligeance de MM. Letulle et P. Segond et profitant ensuite des précieux conseils de ce dernier, nous essaierons de formuler le manuel opératoire de la pneumotomie dans le cas particulier.

Nous ne nous dissimulons pas tout le savoir et toute l'expérience qui nous manquent pour mener à bonne fin un semblable travail; nous avons du moins conscience d'avoir fait des efforts et c'est à ce titre que nous demandons à nos juges toute leur indulgence.

Notre travail ne se bornera pas au traitement. Ce n'est pas que nous ayons la prétention de faire une monographie complète de la pleurésie interlobaire, mais nous avons cru bon de mettre à profit certains détails de nos observations pour compléter, si possible, l'étude des symptômes et du diagnostic, aussi ferons-nous de cette étude l'objet de la première partie de notre thèse.

Le plan que nous adoptons est des plus simples, nous laissons de côté tout ce qui a trait aux définitions, tout le monde sachant bien que dans la pleurésie interlobaire, l'épanchement se trouve enkysté dans une poche formée par les adhérences périphériques de deux lobes pulmonaires contigus. Sans nous occuper davantage de la pathogénie, de l'anatomie et la physiologie pathologiques, nous com-

mençons à rappeler dans un premier chapitre les divers auteurs qui ont décrit la pleurésie interlobaire et particulièrement ceux qui dans ces dernières années l'ont traitée chirurgicalement.

Passant ensuite à l'étude des symptômes, nous les esquissons rapidement dans notre deuxième chapitre d'après les descriptions que nous en donnent les classiques et d'après notre propre observation.

Dans le chapitre III nous nous occupons du diagnostic et après avoir essayé de différencier la pleurésie interlobaire de toute les affections plus ou moins similaires, nous arrivons enfin au traitement.

On trouvera tout d'abord au commencement de ce chapitre (IV) quelques lignes sur le traitement médical. Nous en montrons l'insuffisance et nous avons hâte de parler du traitement chirurgical.

Nous terminons par les conclusions.

Nous ne voulons pas achever nos études médicales sans payer la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous nos maîtres de la faculté de Paris. Nous ne saurions assez leur dire avec quel plaisir nous saisissons l'occasion qui nous est fournie de nous en acquitter.

Nos remerciements s'adresseront tout d'abord à M. le professeur Le Fort pour le bon accueil qu'il a bien voulu nous faire, dès nos premières années d'études, dans son service de l'hôpital Necker.

A l'hôpital Saint-Antoine, nous avons trouvé en M. Raymond un maître à la fois bienveillant et dévoué ; nous tenons à lui témoigner notre gratitude pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis lors.

Nous n'oublierons pas non plus MM. Mauriac et de Saint-Germain dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe ; leurs conseils toujours si pratiques nous feront conserver d'eux le meilleur souvenir.

Nous nous rappellerons toujours avec beaucoup de plaisir les savantes leçons de notre cher maître. M. le D^r Cuffer, médecin à l'hôpital Tenon. Nous sommes tout spécialement heureux de lui adresser un souvenir particulier pour l'extrême bienveillance dont il nous a si souvent donné des preuves.

Tous les élèves de M. le D^r Letulle, et nous nous félicitons d'être de ce nombre, apprécient son enseignement et sa grande affabilité. En nous accordant une place d'externe dans son service, puis en nous inspirant le sujet de ce travail, notre dernier maître s'est acquis en outre un double droit à notre reconnaissance. Qu'il nous permette aujourd'hui de lui en donner l'assurance.

MM. Delens, G. Marchant et Maygrier nous ont fait profiter de leurs conseils ; nous les remercions de tout cœur.

Nous avons trouvé auprès de M. Segond tous les renseignements dont nous avons eu besoin pour la rédaction

de la partie chirurgicale ; nous serions par trop ingrat de ne pas nous en souvenir

M. le professeur Damaschino a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous remplirons un dernier devoir en lui exprimant toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en cette circonstance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La pleurésie interlobaire suppurée n'est pas connue de longue date et c'est à peine si son histoire remonte au commencement de ce siècle. Nous en trouvons la première description dans l'ouvrage de Bayle sur la phtisie pulmonaire.

Laënnec la décrit à son tour. Il va même beaucoup plus loin, car il démontre que le liquide de cette pleurésie est presque toujours suppuré.

Les cliniques de Lherminier recueillies par Andral, nous en fournissent une observation très nette et très précise ; l'affection ne fut reconnue qu'à l'autopsie (1).

Dans la suite, plusieurs cas suivis de descriptions sont rapportés par.

Cayol (Bibliothèque médicale).

Chomel (art. pleurésie in dict. en 30 vol.)

Cruveilhier (art. pleurés. in dict. de médecine et de chirurgie pratiques).

(1) Cliniques de Lherminier recueillies par Andral. Tome II, p. 514, édit. 1829.

Constant (*Gazette médicale*).

Baron (De la pleurésie dans l'enfance).

Tous ces faits contribuent largement à faire connaître en France la pleurésie interlobaire suppurée et vers la fin de la première moitié de ce siècle tous les médecins l'admettent. Il n'en est pas de même à l'étranger. En Angleterre, en particulier, Stokes et Graves ne sont pas convaincus et nous les voyons décrire sous le nom d'abcès du poumon des lésions qui, eu égard à leurs caractères, rappellent tout à fait la pleurésie interlobaire.

Les médecins français s'élèvent contre cette confusion; pour en avoir une preuve, il n'est besoin que de relire l'exposé remarquable dû à Trousseau des signes devant faire distinguer les suppurations du poumon de celles de la plèvre.

Les traités de pathologie de Requin, Grisolle, Behier, Hardy ne contiennent que de très courts passages relatifs à la question.

Walshe dans son traité clinique des maladies de l'enfance y consacre à peine quelques lignes.

Damaschino dans sa thèse d'agrégation et Moutard-Martin dans son travail sur la pleurésie purulente étudient très longuement les épanchements purulents de la séreuse pleurale, mais nous trouvons chez eux peu de détails sur la pleurésie interlobaire.

Dans son mémoire sur la pleurésie purulente paru dans les archives générales de médecine, Guéneau de Mussy insiste un peu plus longuement.

Enfin, la pleurésie interlobaire suppurée fait le sujet

de deux thèses spéciales. Nous devons la première à M. F. Perrier (1878) et la deuxième à M. Martinez-Mesa (1879). Celle-ci, beaucoup plus complète, réunit l'ensemble des connaissances fournies par les précédents auteurs. Nous l'avons mise à contribution, en ce qui concerne les symptômes et le diagnostic.

Jusqu'à présent, les symptômes de la maladie paraissent avoir été l'unique objectif des auteurs. Envisageant le manque de symptômes réels, tous les cliniciens s'ingénient à trouver des signes précis pour arriver au diagnostic. Mais pour ce qui est du traitement, ils s'en tiennent tous, 'aute de mieux, au traitement médical dont ils connaissent cependant l'imperfection.

Les tentatives faites dans un autre sens ne paraissent dater que de quelques années. Sur ce point, toutefois nous ne pouvons pas être absolument affirmatif, car, nous avons trouvé dans une leçon sur la pneumotomie faite à la faculté de Nancy, par M. le professeur Heydenreich les paroles suivantes que nous reproduisons à peu près textuellement. « L'idée de cette opération (la pneumotomie) n'est pas nouvelle. D'après Truc, elle remonterait à Hippocrate, mais le passage auquel il fait allusion, aurait à notre avis plutôt trait à des collections de la plèvre qu'à des abcès pulmonaires. »

Par collections de la plèvre, M. Heydeureich veut-il parler des suppurations de la plèvre interlobaire? Si oui, cela nous étonne fort, car nous ne pensons pas qu'on les connut au temps d'Hippocrate.

Le passage suivant extrait de la communication de M. Prengreber, à l'académie de médecine (19 octobre 1886).

nous autorise à croire que la pneumotomie dans le cas de pleurésie interlobaire suppurée est de date plus récente :

« La pneumotomie, dit M. Prengrueber, a été pratiquée à l'étranger par Mossler, W. Roch, E. Bull, Triel, Powel, Fenger, Hollister, Billington, Lauenstein, Sulton, Haczorowski et par Bouilly en France.

« Dans ces cas, il s'agit d'abcès du poumon, de gangrènes, de kystes hydatiques, de broncheectasies, de corps étrangers, de cavernes pulmonaires. Celle qui fait le sujet de notre observation a été pratiquée *pour une pleurésie interlobaire suppurée. Elle est croyons-nous, la première en date.* »

Il est donc très probable que les véritables observations d'évacuation chirurgicale du pus contenu dans la plèvre interlobaire ne remontent pas très loin. Ou alors, cette partie de la chirurgie du poumon serait singulièrement tombée dans l'oubli pendant bien longtemps. Nous croyons qu'elle est née avec l'antisepsie, bénéficiant en cela de la révolution accomplie par cette précieuse méthode.

Enhardis par les beaux succès dus aux nouveaux pansements, les chirurgiens ont affronté presque tous les organes et promené l'instrument tranchant un peu partout à travers le corps humain. Ils ont ouvert des ventres, sectionné le péritoine et n'ont pas tardé à porter leurs investigations sur le thorax. Non contents d'ouvrir largement la plèvre, ils n'ont pas craint d'attaquer le parenchyme pulmonaire ; ils l'ont excisé et certains sont même allés jusqu'à le reséquer.

Sans vouloir nous attarder à ces opérations multiples qui, du reste, nous éloigneraient de notre sujet, nous considérerons seulement celle qui a été pratiquée pour donner issue aux suppurations de la plèvre interlobaire.

Le premier fait de ce genre est, croyons-nous, dû à M. le professeur Dieulafoy. Il est rapporté dans la thèse de M. Martinez-Mesa.

Il s'agit d'un malade soigné en 1877, à l'hôpital Temporaire, chez lequel la thérapeutique médicale restait sans action. M. Dieulafoy, fit une ponction exploratrice avec un des trocars de son appareil, arriva dans la cavité purulente où il injecta de l'eau alcoolisée après l'avoir préalablement vidée. Le trocar fut laissé à demeure. Il provoqua des douleurs très vives et un emphysème très étendu s'ensuivit. Le malade très affaibli avant cette intervention par la durée de sa maladie mourut un mois et demi après, dans la cachexie.

Cette façon de procéder est encore timide. Il faut arriver à l'année 1886, pour trouver deux observations indiscutables d'intervention plus large et plus franche, de pneumotomie.

Nous devons la première à MM. Prengrueber et de Beurmann (octobre 1886).

La deuxième appartient à M. Thiriar de Bruxelles. Elle est consignée dans le compte-rendu de l'académie de médecine de Belgique (27 novembre 1886).

Nous ne sachons pas qu'il en ait paru depuis, et dès lors celle que nous apportons prend rang après celle de M. Thiriar.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les observations de pleurésie interlobaire suppurée n'occupent pas encore une très grande place dans la littérature médicale. Elles sont peu nombreuses et c'est probablement à cette pénurie de faits que nous devons une symptomatologie quelque peu vague. Aussi bien les maladies sont elles en général d'autant plus connues qu'elles ont été observées plus souvent.

Quoi qu'il en soit, voici quelle serait, d'après les classiques, la marche la plus habituelle de cette affection :

Un individu fatigué et débilité est pris un jour, sans raison suffisante ou bien à l'occasion d'un refroidissement banal d'un malaise plus ou moins pénible, d'une douleur généralisée plus ou moins vive.

Il s'alite, tousse quelque peu, respire avec difficulté et se trouve gêné. Au bout d'un temps plus ou moins long la douleur qui tout d'abord s'était manifesté un peu partout, se localise dans un des côtés de la poitrine.

L'appétit diminue progressivement et ne tarde même

pas à disparaître. La fièvre s'allume, mais elle est fort irrégulière et se traduit par de grandes oscillations persistant pendant des jours et des semaines, tantôt forte, tantôt légère. Le malade languit, son teint s'altère, la peau se sèche ou se couvre de sueurs, des frissonnements parcourent le dos et les membres surtout à l'approche de la nuit et l'amaigrissement ne tarde pas à survenir. Malheureusement, l'auscultation et la percussion, deux signes indispensables toutes les fois qu'il s'agit de lésions thoraciques ne révèlent rien de particulier et ne tracent aucune voie. Peut-être trouve-t-on quelques râles disséminés dans la poitrine, peut-être à la rigueur un affaiblissement de murmure vésiculaire dans une zone plus ou moins étendue mais dans tous les cas, très difficile à circonscrire.

Les choses en sont-là, lorsqu'un beau jour le malade rend soudain du pus par la bouche en quantité plus ou moins considérable. Le poumon devient mat surtout vers le tiers moyen et l'on entend à ce niveau des râles à grosses bulles, ou même quelquefois du souffle et de l'égophonie. Les vibrations thoraciques sont très affaiblies.

Nous conviendrons avec les auteurs que cette analyse symptomatologique est très incomplète et qu'elle manque de précision. Il s'en faut en effet que le tableau de la pleurésie interlobaire soit toujours celui-là. On en jugera par l'observation suivante prise avec le plus grand soin. Bien qu'elle ait particulièrement de l'intérêt au point de vue opératoire, nous la plaçons ici parce qu'elle nous paraît également très instructive au point de vue symptomatologique.

OBSERVATION I (1)

Malade traité pendant neuf mois dans le service de M. le docteur Letulle. — Soigné successivement pour Pleurésie. — Pneumonie caséuse. — Diagnostic de pleurésie interlobaire suppurée porté en dernier lieu par M. Letulle. Vomiques abondantes avec périodes de rémission et de recrudescence. A la fin, signes de rétention de pus avec retentissement sur l'état général. Opération par M. Segond. Suites opératoires excellentes. Guérison et retour complet à la santé.

Eugène Sal., âgé de 23 ans, camionneur entre le 6 avril 1888 dans le service de M. le docteur Letulle, à l'hôpital Tenon, salle Lorain, n° 1.

Son père et sa mère sont bien portants. Il a un frère et deux sœurs qui tous sont également en bonne santé.

Lui-même n'a jamais été malade. Il a reçu des traumatismes fréquents sur le thorax. Il a commencé à être malade au mois de novembre 1887. Il était, à ce moment, soldat en garnison à Mascara (Afrique). Il raconte néanmoins qu'il avait eu deux ou trois mois auparavant des accès de fièvre intermittente. Quoiqu'il en soit, en novembre 1887, il s'aperçoit un jour de l'existence d'un point de côté, à gauche, qui l'empêche de respirer. En même temps, la fièvre s'allume et une toux quinteuse et persistante ne tarde pas à apparaître.

Il entre à l'hôpital et on le soigne pour une pleurésie. Son séjour dure trois semaines. La maladie a dû présenter une gravité

(1) Cette observation que nous avons recueillie dans le service de notre maître M. Letulle appartient également à M. Segond. L'un et l'autre en ont autorisé la publication avec la plus entière bonne grâce. Nous les en remercions vivement.

toute particulière, car les médecins de l'hôpital permettent au malade de regagner ses foyers et lui font accorder un congé de réforme.

A son retour en France, il sent que le point de côté devient de plus en plus violent et l'expectoration rare jusqu'alors prend d'un seul coup une abondance extrême. Depuis ce moment, la fièvre reste tous les jours plus forte et s'accompagne de frissonnements répétés. L'appétit disparaît et l'amaigrissement commence.

Il est soigné chez lui pour une pleurésie avec bronchite jusqu'au mois d'avril. Il n'a jamais eu de crachement de sang durant cette période, mais l'expectoration reste purulente et extrêmement abondante. Elle équivalait quotidiennement à la valeur de deux ou trois crachoirs. Cette expectoration est surtout abondante la nuit et le matin au réveil.

En outre, le malade a des sueurs profuses, la nuit. Il mange peu, s'émacie rapidement et vomit souvent après les quintes de toux.

Il se décide alors à entrer à l'hôpital Tenon. A son entrée, on constate une très-grande oppression, chaque inspiration détermine une douleur extrêmement vive dans le côté gauche. L'aspect du malade est pâle, anémie, ses pommettes sont rouges; il est en voie d'amaigrissement rapide.

T : 37° le matin et 38°5 le soir.

L'expectoration est très-abondante (trois crachoirs); elle est spumeuse, légèrement puriforme.

L'examen fait noter une rétraction assez marquée du côté gauche avec une douleur très-vive, spontanée, exaspérée à la pression et surtout marquée au-devant de la région précordiale.

Le phrénique est douloureux.

La percussion révèle de la submatité au sommet gauche. La sonorité est normale, plutôt exagérée vers la partie moyenne, à droite la sonorité est normale dans toute l'étendue du poumon.

A gauche l'auscultation dénote l'absence du murmure vésiculaire dans la partie moyenne avec râles humides éloignés, quel-

ques-uns à timbre amphorique et résonnant. Pas de timbre amphorique de la voix, pas de succussion hippocratique ou de bruit d'airain bien net. Malgré tout, la première impression fait songer à un pneumothorax, peut-être partiel. En avant, il y a des râles sonores sous la clavicule gauche; la sonorité y est exagérée.

A droite, il y a de la respiration supplémentaire.

Fin avril. — Une ponction exploratrice ne donne aucun résultat. Elle est faite à la partie inférieure du poumon gauche, vers le point où la sonorité cesse et où elle est remplacée par de la matité avec absence du murmure vésiculaire, avec semblant d'égophonie. Il y a à ce niveau de la pectoriloquie aphone très nette.

La partie moyenne semble devenir moins sonore et les râles y augmentent. On pense dès lors à une pneumonie gauche caséuse.

Tous les jours, la température est à peu près la même et le thermomètre monte à 38° 5. L'expectoration persiste avec les mêmes crachats; elle est surtout fréquente la nuit. Les vomissements sont presque continuels après les quintes.

Mai. — La douleur de côté disparaît de plus en plus. Persistance du même état général et local jusqu'en juillet.

Juillet. — Du 10 au 25 et sans cause appréciable, le malade est pris d'hémoptysies très abondantes qui ne cèdent qu'à l'usage de l'ergotine.

A ce moment, le sommet droit semble présenter une légère submatité avec expiration prolongée et râles fins à l'inspiration.

On a recours aux bains térébenthinés, mais l'oppression augmente et l'on est forcé de suspendre les bains au bout de quelques jours.

Le malade pèse à ce moment 96 livres.

8 Septembre. — On commence à constater de la déformation hippocratique des doigts.

Etat du poumon. — Rétraction très-manifeste du thorax, à gauche.

Matité dans toute la hauteur du poumon gauche. Matité à droite dans les fosses sus et sous-épineuses.

Vibration thoraciques considérablement diminuées du côté gauche, en arrière.

Le murmure vésiculaire est très-faible dans la fosse sous-épineuse gauche. Mais à partir de l'épine de l'omoplate et jusqu'à la base du poumon, on entend une respiration soufflante surtout accusée à l'inspiration et rappelant par son timbre le souffle pleurétique (timbre en e).

Rien de spécial dans l'aisselle; la respiration y est cependant un peu faible. Matité dans la ligne axillaire. Au bas de celle-ci et en dedans de la pointe de l'omoplate, on entend le maximum du souffle. On perçoit aussi à ce niveau des râles sous-crépitaux humides qui pourraient faire croire à du gargouillement.

En avant, sous la clavicule, la respiration est un peu rude. Au niveau du mamelon existe un foyer caractérisé par un souffle doux, éloigné et voilé par des râles humides à grosses bulles s'entendant à la fin de l'inspiration. A ce niveau, c'est le 3^e espace intercostal, la percussion est douloureuse et révèle de la matité.

En arrière, à droite, sur le thorax vergetures en voie de développement. Rien d'anormal, du reste, de ce côté.

L'examen des crachats fait à plusieurs reprises est absolument négatif.

18 Octobre. — L'état général n'a pas subi de modification appréciable; l'expectoration est toujours aussi abondante.

Les vibrations sont abolies à la base gauche, très-faibles vers le sommet et conservées en avant; elles sont très-affaiblies au dessous du sein.

Matité de la hauteur du poumon gauche moins complète à la base et nulle part absolue. La respiration est affaiblie en arrière et en haut; râles muqueux à la fin de l'inspiration. Vers la partie moyenne jusqu'à la pointe de l'omoplate existe un souffle presque amphorique dont le maximum est à deux travers de doigt au-

dessus de cette pointe; pectoriloquie aphone très-nette, pas de râles. A la base, absence du murmure vésiculaire sans râles. Pas de bruit d'airain.

En avant, sous la clavicule, frottements râles à toute l'inspiration et à la fin de l'expiration souffle doux et éloigné, surtout appréciable au niveau du mamelon.

Skodisme sous claviculaire à gauche.

Rien au sommet droit. Sonorité exagérée, tympanique. Respiration ample au sommet, expiration prolongée. Pas de râles.

3 *Novembre*. — L'expectoration a considérablement diminué (un crachoir et demi environ). Elle s'effectue sans vomissements.

A gauche, le souffle s'entend encore à la partie moyenne. Il est toujours rude, mais moins amphorique. On perçoit de plus à l'inspiration et dans presque toute l'étendue des râles sous-crépitaux fins presque secs avec quelques frottements pleuraux à la base.

5 *Novembre*. — Le souffle redevient ce qu'il était auparavant; les râles ont diminué, l'amaigrissement continue.

Après une exacerbation de température, l'expectoration a reparu avec l'abondance des jours précédents.

Le diagnostic longtemps hésitant se confirme chaque jour et M. Letulle montre le malade à M. Segond en le priant de l'opérer.

Malheureusement, une nouvelle ponction exploratrice faite au niveau du foyer soufflant, au dessous de la pointe de l'omoplate n'avait donné la veille aucun résultat. Le Dr Segond estime qu'il est plus sage d'attendre une preuve décisive de l'existence d'une poche pleurale suppurée.

10 *Décembre*. — L'amélioration persiste; le malade engraisse et se nourrit bien, mais il continue depuis longtemps l'emploi de la morphine. (10 centigrammes).

Il expectore un crachoir et demi.

15 *Décembre*. — Depuis quatre jours, le malade a la fièvre le soir et des frissons qui semblent correspondre à une rétention du pus. En effet, deux jours après que la température a remonté il remplit chaque jour de deux à trois crachoirs.

16 décembre. — Les accidents semblent s'être amendés. Persistance des mêmes signes. Perte d'appétit.

On fait un nouvel examen des crachats, il est positif. On y trouve quelques rares bacilles tuberculeux et un nombre considérable de microcoques.

24 décembre. — L'état général est devenu mauvais depuis quelques jours; il indique évidemment une production purulente plus abondante.

8 janvier. — Depuis quelques jours, les douleurs ont augmenté et sont surtout violentes au niveau des insertions du diaphragme et dans la région précordiale.

L'amaigrissement est prononcé.

Une ponction pratiquée l'avant-veille juste à la pointe de l'omoplate donne un à deux centimètres cubes d'un liquide puriforme analogue à l'expectoration. Ce liquide n'a pas d'odeur et ne contient pas de bacilles tuberculeux, mais est rempli de microcoques isolés ou réunis en amas (staphylocoques).

L'opération est décidée par le Dr Segond et pratiquée le 9 janvier.

Une incision longue d'au moins 11 ou 12 centimètres est faite au niveau de la 7^e côte, le membre supérieur étant fortement soutenu en élévation.

Résection de 8 centimètres de côte.

Le thermocautère coupe parallèlement à la plaie intercostale un tissu lardacé. On arrive enfin profondément sur une poche purulente contenant au moins un litre de liquide.

Evacuation complète de cette poche. Pas de lavages. Drains. pansement.

Pendant l'opération, le malade endormi a expectoré une certaine quantité de pus et de sang.

Les suites de l'opération furent des plus simples. A partir du jour même de l'opération, la température n'a pas dépassé 37°5. L'appétit revient, on supprime la morphine.

Grâce à trois gros drains qui la maintiennent béante, la plaie

laisse échapper pendant trois jours une grande quantité de pus.

Rien de spécial les jours suivants.

Le malade quitte le 20 février la salle Nélaton où on l'a opéré et revient salle Lorain. Il porte encore un drain dans sa plaie ; on l'enlève au bout de 8 jours. Pansements à l'iodoforme tous les deux jours.

Il ne tousse plus, il a un excellent appétit, se plaint seulement d'avoir la respiration un peu courte. Pas de douleur.

Fin février. — Le malade est complètement guéri de sa plaie thoracique ; c'est à peine s'il existe vers le milieu de la cicatrice une toute petite dépression avec fistule très-étroite. La respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon gauche. Le thorax est aplati à gauche, mais il est très-mobile pendant les mouvements respiratoires.

L'état général est redevenu excellent. Le malade quitte l'hôpital le 28 février pour aller reprendre son travail.

Nous allons reprendre l'un après l'autre chacun des symptômes que nous trouvons dans la description classique et tout en discutant leur valeur semeiologique, nous examinerons parallèlement ceux que nous fournit l'observation précédente.

Le début de la maladie est en général brusque et s'accompagne quelquefois de frissons violents. Notre malade n'en a pas eu mais il a été pris de fièvre et d'un point de côté, dès les premiers jours.

Celui-ci n'est malheureusement pas constant et nous avons eu sous nos yeux des observations dans lesquelles il manquait complètement. Quand il existe, c'est un signe qui a bien son importance puisqu'il rappelle immédiatement une phlegmasie pulmonaire ou pleurale, tout en faisant éliminer certaines affections telles qu'un simple catarrhe, une bronchite.

Son intensité va en augmentant et notre malade en souffre beaucoup plus à son retour en France que vers les premiers jours. Sa localisation est assez nette ; la douleur occupe la partie latérale gauche du thorax et se trouve particulièrement marquée au devant de la région précordiale. Remarquons déjà que cette douleur correspond à peu près à la zone des lésions. Elle peut être ressentie sur toute l'étendue d'une ligne allant de l'angle inférieur de l'omoplate à la pointe du cœur.

La toux est d'habitude sèche, persistante, fréquente et quinteuse. La dyspnée existe presque toujours et son interprétation est d'autant plus difficile que ni la percussion, ni l'auscultation n'en révèlent encore la cause.

La fièvre ne présente aucune régularité. La température presque toujours normale le matin, subit dans la soirée, une élévation très variable. Celle de notre homme a été prise très exactement pendant toute la durée de son séjour dans le service de M. Letulle ; nous n'avons jamais vu le thermomètre dépasser 37° 8, le matin, mais le soir, en revanche, il a presque toujours monté à 38° 5, 39° et quelquefois même à 40°. Cette fièvre, très irrégulière dans sa marche est semblable à celle que l'on observe toutes les fois qu'il se forme des collections purulentes dans l'organisme.

Les troubles digestifs ne tardent pas à se manifester et l'amaigrissement commence bien vite à mesure que l'appétit diminue.

Jusqu'ici cette symptomatologie est celle de toutes les affections des voies respiratoires et ne nous laisse pas du

tout entrevoir la nature de celle que nous cherchons ; examinons donc les signes fournis par l'examen local.

Quand l'épaule interlobaire est peu abondant, l'auscultation, la percussion et la recherche des vibrations thoraciques ne nous donnent aucun résultat précis. Si, au contraire, la collection est plus abondante, et si, pénétrant dans les bronches, elle sort par la bouche, l'attention du médecin doit être éveillée et le diagnostic de pleurésie interlobaire s'impose à la discussion. Dès lors des précautions minutieuses feront souvent trouver une matité plus ou moins étendue, large de deux ou trois centimètres au plus, dirigée comme une bande oblique de la colonne vertébrale à la partie moyenne de la ligne axillaire. Cette zone de matité est accompagnée au-dessus et au-dessous d'une sonorité exagérée due au refoulement et à la condensation du poumon. Enfin, il peut y avoir du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone au foyer de la matité.

Il n'en est pas toujours ainsi, et dans bien des cas, la vomique ne change rien aux signes fournis antérieurement par l'état local.

L'ouverture de l'abcès pleural s'effectue brusquement et le pus est rejeté par la bouche. Quelquefois il se fraye un chemin à travers la paroi thoracique, mais le fait est rare; l'évacuation par la bouche est plus habituelle. Il se produit ainsi une fistule pleuro-bronchique, dont l'apparition est plus ou moins précocce. Elle aurait lieu d'après les observations de Woillez entre les limites extrêmes de 20 et 80 jours; d'après Trousseau, la vomique se ferait chez les enfants après un temps assez court, du 20^e au

30^e jour. Quelques auteurs ont signalé des observations de vomiques plus précoces même chez l'adulte, mais alors il s'agit presque toujours de pleurésies développées dans le cours d'une fièvre puerpérale et l'on sait combien cette dernière donne rapidement lieu à la formation du pus.

L'abondance du pus rejeté, est subordonnée aux dimensions de la fistule. Elle peut-être telle qu'elle provoque un accès de suffocation, on a vu des malades tomber en syncope, leur peau se couvrir d'une sueur froide, leurs traits s'altérer et cette asphyxie subite amener la mort. Ce cas est exceptionnel et malgré l'abondance de l'expectoration de notre malade, à de certains moments, nous n'avons jamais été témoin de ces accidents.

L'expectoration purulente se poursuit sans interruption, plus souvent par intervalles. De loin en loin, un effort de toux, un changement d'attitude ramène le crachement du pus; quelque fois même n'a-t-il lieu qu'à plusieurs jours de distance (Moutard-Martin). Le foyer se vide ainsi peu à peu, mais ce n'est pas une raison pour que la source tarisse. Dans les cas favorables, la poche revient sur elle-même, la voussure thoracique diminue ou disparaît, la matité devient moins étendue et moins complète.

L'odeur du pus n'est pas gangréneuse, mais plutôt fade, alliée, rappelant le plâtre mouillé. Si elle devient très-prononcée, la cause en est due à l'altération produite par son contact avec l'air, dans les bronches.

En général, la rupture de la poche pleurale produit un choc assez violent; ce fait est noté dans notre observa-

tion. La respiration devient gênée, le pouls accéléré, des sueurs profuses inondèrent la peau et la température s'éleva. Ce malaise intense n'est pas ordinairement de longue durée, et, soulagé par l'évacuation de sa cavité purulente, le malade ne tarde pas à regagner un bien-être relatif dont la durée dépend de la formation plus ou moins rapide d'une nouvelle quantité de pus.

Il y a des circonstances où l'on perçoit les signes d'un pneumothorax limité: souffle amphorique assez localisé, tintement métallique de distance en distance, bruit de flot à la succession de la poitrine, bruit d'airain, dilatation du thorax, modifications de la sonorité. Ces signes classiques n'ont pas été retrouvés chez notre malade; toutefois quelques râles humides éloignés, à timbre amphorique et résonnant éveillèrent l'idée de cette affection.

Un détail de notre observation nous a particulièrement frappé: ce sont les hémoptysies signalées à la date de juillet 1887. D'où venait ce sang? Faut-il rapporter à la tuberculose ces exquitions sanguines? Nous serions assez disposé à le faire, eu égard surtout aux signes fonctionnels et physiques présentés par le malade. Des suppurations aussi prolongées amènent inévitablement des troubles dans l'état général. Elles affaiblissent le terrain et le rendent par cela même très favorable aux cultures bacillaires.

Malgré toute la vraisemblance de cette hypothèse, nous avons contre nous l'examen microscopique des crachats. Pratiqué à cette époque et à plusieurs reprises, il resta absolument négatif.

Nous avons parcouru les diverses observations de pleu-

résie interlobaire publiées. Quelques-unes d'entre elles relatent ces crachements de sang, mais les auteurs n'ont pas pris soin de spécifier si leurs malades ont fait de la tuberculose concomitante. Nous en rapportons une ici, encore inédite, ayant trait à un malade qui n'en présentait pas de traces. Elle a été prise dans le service de notre cher maître M. Letulle, par notre collègue et ami Brion externe des hôpitaux.

OBSERVATION II

Gustave Duth..., employé de commerce, âgé de 40 ans, entre le 18 mars, salle Lorain, n° 25.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Vers le 25 janvier 1889, a ressenti des douleurs dans la bouche, du côté de l'amygdale gauche s'irradiant dans l'oreille. Formation d'un abcès qui s'ouvre spontanément le 5 février. Il s'écoule environ un verre à bordeaux de pus. Haleine fétide.

Quelque temps après, le malade est pris de malaises et entre salle Gérold (service de M. le Dr Moizard). Il a de la fièvre, se plaint de nausées incessantes, vomissements, quelques sueurs. Point de côté surtout intense pendant les accès de toux. Crachats rouges. Amaigrissement rapide. Sort le 12 mars.

Deux ou trois jours après sa sortie, il est repris d'accès de toux avec inappétence et crache quelques filets de sang. Il entre de nouveau à l'hôpital et on l'envoie salle Lorain, service de M. le Dr Letulle. Hémoptysie abondante le 21 mars à cinq heures du soir. Elle se produit tout à coup. Sang rouge, d'odeur fétide.

L'examen de la poitrine révèle une déformation à gauche. De ce côté, le thorax est aplati et porte à la partie moyenne les traces d'un vésicatoire ancien.

La percussion dénote de la matité dans le tiers moyen du thorax à gauche.

A l'auscultation on trouve, à droite, la respiration faible à la base.

A gauche, absence du murmure vésiculaire dans la partie moyenne du poumon. Egophonie vers le milieu, au-dessous de l'épine de l'omoplate. Pectoriloquie aphone vers la partie moyenne.

Crachats abondants, purulents, haleine fétide (pulvérisations phéniquées).

Vomiques multiples le 22 et le 23 mars. Elles continuent à se produire pendant plusieurs jours et en très grande abondance.

Amélioration notable au mois d'avril. Vers le 20 de ce mois, l'auscultation révèle seulement une respiration légèrement rude au niveau de la lésion. Sonorité normale. Crachats peu nombreux. Le malade sort le 26 avril, guéri.

En somme, si nous voulons résumer en quelques mots la symptomatologie de la pleurésie interlobaire suppurée, voici ce que nous dirons :

A la première période, c'est-à-dire avant les vomiques, cette affection se révèle par un point de côté plus ou moins violent spécialement localisé sur le trajet d'une ligne transversale, allant de la pointe du cœur à l'angle inférieur de l'omoplate; par une toux sèche et persistante, par une fièvre irrégulière; par de la dyspnée; par de l'amaigrissement rapide, et enfin par des signes physiques peu constants : matité dans le tiers moyen du poumon avec souffle pleurétique, égophonie et pectoriloquie aphone. Les ponctions aspiratrices faites avec les aiguilles ordinaires de la seringue de Pravaz et par conséquent peu profondes n'amènent aucun liquide.

Des vomiques brusques et abondants survenant du vingtième au trentième jour avec pus non fétide; quelque fois des hémoptysies plus ou moins fréquentes; une matité très étendue d'un côté avec râles à grosses bulles et souvent gargouillement; l'affaiblissement des vibrations vocales et enfin l'intégrité absolue du poumon opposé, tels sont les signes les plus habituels de la deuxième période.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

La symptomatologie est souvent tellement imparfaite qu'elle met le clinicien dans l'impossibilité d'arriver directement à la connaissance de l'affection ; la seule ressource que l'on ait en pareil cas, c'est le procédé dit par exclusion. Passant alors en revue toutes les maladies qui de près ou de loin peuvent lui ressembler et les éliminant tour à tour, on finit par arriver au diagnostic.

Le point de côté initial a pu faire envisager l'idée d'une névralgie intercostale ou d'une pleurodynie. Bien que ces faits soient rapportés, nous pensons que les signes de l'une et l'autre affection diffèrent à un si haut point de ceux de la pleurésie interlobaire qu'un examen, un tant soit peu sérieux suffira à éviter la méprise.

Tout autres sont les affections des bronches et du poumon et c'est surtout avec ces diverses phlegmasies que la confusion est possible.

En premier lieu, il y a la simple bronchite que rappellent la toux, les crachats, la dyspnée. Ici, la toux est plus fré-

quente et rarement sèche ; les crachats sont muqueux, aérés et se différencient par cela même des crachats purulents de la pleurésie interlobaire. La fièvre est très-moderée et l'auscultation du poumon intéressé fait entendre des râles sonores et sibilants dans toute son étendue. Au reste, le point de côté, les oscillations thermométriques et la perte des forces ne tardent pas à éveiller l'attention et à faire abandonner l'idée d'un simple catarrhe bronchique.

L'absence de frissons, de râles crépitants ou de souffle à timbre particulier, de crachats rouillés, d'urines rougeâtres et foncées, de teinte subictérique éloignent également la pneumonie franche. Il est des cas, néanmoins, où on a le droit de songer à une pneumonie caséuse ; l'expectoration est purulente des deux côtés, mais elle est d'habitude beaucoup plus abondante dans la pleurésie interlobaire.

Celle-ci se présente quelquefois avec les signes d'une pleurésie ordinaire, de la grande plèvre s'entend ; il y a de la matité, du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie et les vibrations sont abolies. Malheureusement, les ponctions exploratrices faites avec les aiguilles ordinaires de la seringue de Praoaz ne donnent aucun liquide et le siège de l'épanchement reste caché.

La distinction avec les maladies à marche chronique et spécialement celles qui amènent à la longue la fièvre hectique et le dépérissement est très délicate. Par exemple la tuberculisation étendue d'un poumon offre indépendamment des signes généraux, des signes locaux qui rendent la méprise très-facile. Entre les troubles géné-

raux de la tuberculose, c'est-à-dire diarrhée, fièvre hectique, cachexie et ceux de la pleurésie interlobaire suppurée, il n'y a que des nuances très-souvent insuffisantes à motiver un choix raisonné surtout si les antécédents sont suspects.

Même au début, la phtisie peut simuler une pleurésie interlobaire et la toux fréquente, sèche, fatigante et sans expectoration notable, l'amaigrissement et l'affaiblissement des fonctions digestives se retrouvent de part et d'autre. Dans l'une, il est vrai, les sommets restent sains et l'on trouve seulement vers le tiers moyen du poumon quelques modifications de la sonorité et du bruit respiratoire, mais tout cela ne peut-il pas être attribué à une adénopathie péri-bronchique ?

La vomique est le seul phénomène propre à donner l'alarme ; il peut arriver cependant qu'elle ne soit pas remarquée. Quelquefois, très-rarement sans doute, le malade s'aperçoit à peine que ses crachats sont devenus purulents ou bien il attribue cette transformation à l'évolution naturelle du catarrhe, d'où difficulté du diagnostic. C'est probablement la raison qui a fait prendre pour des tuberculeux certains malades atteints de pleurésie interlobaire avec vomiques. Graves nous a rapporté quelques observations de ce genre.

L'erreur n'est possible que si on n'a pas assisté aux accidents et si les renseignements obtenus manquent de clarté et de précision. Nous savons aujourd'hui qu'il est infiniment rare d'assister au rejet soudain d'un liquide pruriforme provenant de la fonte d'une masse caséuse.

D'ailleurs, l'examen du thorax et du pus sont là pour nous guider.

Une matité très étendue d'un côté avec intégrité absolue ou presque complète du poumon opposé exclura l'idée d'une tuberculose, avec laquelle les vibrations seraient normales ou exagérées tandis qu'elles sont faibles ou nulles dans la pleurésie. Dans la tuberculose, les cavernes siègent à peu près toujours au sommet, au-dessus par conséquent de la scissure interlobaire. Ces lésions ne se manifestent jamais d'emblée ; elles s'établissent lentement et constituent la troisième phase d'un processus néoplasique aujourd'hui bien connu ; enfin la zone péricavitaire révèle à l'auscultation des lésions à un degré moins avancé.

On a voulu faire des hémoptysies un élément de diagnostic essentiel ; nous n'y attachons pas, pour notre part une bien grande importance et nous avons déjà montré qu'il est assez fréquent de les retrouver dans la pleurésie interlobaire.

La caverne pleurale, se trouve elle, dans la scissure interlobaire, vers la partie moyenne du poumon dont elle laisse de sommet intact. Les lésions sont unilatérales et l'expectoration ne renferme pas de bacilles. C'est peut-être là le signe le plus précieux, aussi, ne doit-on jamais manquer de le rechercher.

L'examen des crachats a été pratiqué à bien des reprises chez le malade qui fait le sujet de notre observation I. Nous n'avons jamais trouvé de bacilles durant les six premiers mois ; à la fin cependant, leur existence était devenue appréciable, mais ceci s'explique aisément par ce fait

que profondément débilité, cet homme fournissait alors un excellent terrain de culture à la tuberculose dont il commençait à présenter des signes non douteux.

Un examen également attentif fera mettre de côté la gangrène du poumon. Le pus de la poche pleurale n'est pas sphacèle ; son odeur est aliacée, fade, rappelant le plâtre mouillé, mais en aucune façon celle repoussante de la macération anatomique ; sa couleur est jaune plus ou moins grisâtre, rarement brune rougeâtre comme dans la gangrène ; il ne contient pas de débris de tissus. On y découvre des leucocytes et des acides gras mais jamais de fibres élastiques ou de cristaux d'hématoidine.

Quant aux hémoptysies, elles ne sauraient à notre avis servir à différencier la gangrène du poumon non plus que la tuberculose de la pleurésie interlobaire.

L'étude des symptômes généraux fournit d'excellents renseignements. La gangrène se manifeste par une extrême élévation de la température et un état adynamique très prononcé rarement observé dans la pleurésie interlobaire. Le malade est dans un abattement profond, son pouls petit et misérable ; tel, le tableau d'une véritable auto-intoxication. Enfin, dès qu'elle est constituée la cavité gangréneuse se traduit à l'auscultation par du souffle caverneux, du gargouillement et de la pectoriloquie.

Très souvent, la pleurésie interlobaire a été prise pour un abcès du poumon. Plusieurs observations de ce genre de maladie, empruntées à Stokes et rapportées dans les Leçons cliniques de Graves n'étaient autres que des pleu-

résies partielles, du sommet, de la base ou de l'espace interlobaire.

Dans les abcès du poumon, toujours consécutifs du reste à une pneumonie aiguë, l'expectoration est mélangée de sang et présente de ce chef une couleur chocolat. Quelquefois diffluente, elle ressemblerait d'après Trousseau « tantôt à celle observée dans certains cas d'apoplexie pulmonaire, tantôt au liquide contenu dans certains abcès du foie, dans certains abcès fournis dans la profondeur du tissu musculaire. C'est un mélange de sang et de pus. » En même temps surviennent des phénomènes stéthoscopiques nouveaux. Le poumon se creuse rapidement et l'on a dans un point limité une respiration amphorique, un gargouillement à grosses bulles auquel se joint quelquefois un bruit métallique qui se passe dans la caverne.

A la qualité et à la quantité des crachats s'ajoute un autre caractère et Trousseau, dans l'exposé remarquable des suppurations du poumon et de la plèvre que nous retrouvons dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, estime que ce signe est capital. Nous voulons parler de la date de la vomique. D'après lui, les abcès du poumon se font jour à travers les branches du 20^e au 25^e jour et l'on doit considérer comme pleurales des vomiques survenant du 40^e au 60^e jour. Il n'y aurait d'exception que pour les femmes nouvellement accouchées et les enfants tous individus chez lesquels les séreuses ont plus de tendances inflammatoires que les parenchymes.

Le manque de renseignements précis d'une part et ensuite la date un peu éloignée des phénomènes initiaux pourront faire balancer le diagnostic entre la pleurésie

interlobaire et la dilatation des bronches. Mais, hâtons-nous de dire que l'hésitation cessera bien vite dès que l'on sera témoin des accidents. La première est une affection fébrile, brusque, s'annonçant par une élévation thermométrique, un point de côté, du malaise, une expectoration sèche et fatigante avec rejet subit et considérable de pus, si bien que des malades expectorant à peine la veille remplissent plusieurs crachoirs au moment de la vomique.

Il n'y a pas de début fébrile dans la dilatation bronchique, c'est une maladie de longue durée, presque toujours précédée d'un catarrhe des bronches, s'établissant peu à peu et sans bruit. Faible tout d'abord, l'expectoration est plus abondante, le matin au réveil, parce que les bronches évacuent en bloc tout le produit sécrété pendant le sommeil. Elle s'accroît lentement, à mesure que les bronches se dilatent et si elle finit par devenir considérable, elle ne laisse pas de présenter des caractères spéciaux. Ce ne sont plus en effet ces crachats jaunâtres franchement purulents de la pleurésie, mais plutôt des crachats muco-purulents et aérés.

Le kyste hydatique du poumon est très rare et le diagnostic en est extrêmement difficile pendant la vie, à moins que le liquide ne vienne à traverser le poumon et sortir par la bronche, auquel cas l'examen révélera des crochets ou des débris d'hydatides.

Des collections purulentes peuvent s'enkyster au sommet du poumon, dans sa convexité, à sa base ou même dans les médiastins. Elles se traduisent par des signes stéthoscopiques particuliers sur lesquels nous ne revenons pas, il nous suffit d'y attirer l'attention.

Pour ce qui est des pleurésies médiastines, nous rappelons brièvement qu'elles s'accompagnent d'habitude d'un abaissement notable du diaphragme et d'une absence de matité vers la partie moyenne du poumon. Le malade est très-oppressé, la dyspnée est grande et le phrénique douloureux tout le long de son trajet. D'autre part le liquide épanché comprime plus ou moins les organes médiastinaux, d'où résultent la dyspnée et une circulation veineuse sous-cutanée exagérée.

Les mêmes phénomènes se manifesteraient dans le cas où il y aurait dans les médiastins, non plus du liquide mais une tumeur quelconque. Mais il y aurait aussi de l'exagération des vibrations thoraciques; ce signe est essentiel, car nous savons que les vibrations sont abolies ou tout au moins très-affaiblies dans tous les épanchements.

Les vomiques ne sont pas spéciales au poumon et à la plèvre. Elles ont été signalées dans des abcès hépatiques, périnéphrétiques et dans les épanchements enkystés du péritoine. On trouvera dans le compte-rendu des séances du congrès français de chirurgie, 3^e session, 1888, une observation de M. P. Segond très-curieuse à cet égard-là. Il s'agit d'une malade envoyée par M. le professeur Bouchard. Elle présentait un kyste hydatique du foie ouvert dans le poumon avec expectoration très-abondante. « Incapable de rien faire, dit M. Segond, dormant peu ou pas, se nourrissant à peine, elle passait on peut le dire, la totalité de son temps à tousser et à cracher. A ce point que dans ses rares sorties, elle était obligée de porter à son bras un panier d'osier dont elle avait garni le fond avec

une sorte de plat en zinc destiné à recevoir le produit de son incessante expectoration. » La recherche de la bile sera en cette occurrence un excellent moyen de diagnostic; il est rare que les suppurations du foie, même des kystes hydatiques n'en contiennent pas quelques traces.

On a vu également des abcès par congestion provenant d'une carie vertébrale se vider dans le poumon. La nature de ces lésions n'échappera pas au médecin s'il a soin d'examiner attentivement la colonne vertébrale et de se renseigner sur la marche de la maladie. Le diagnostic ne serait embarrassant qu'au cas, peu probable d'ailleurs, où l'on ne trouverait ni gibbosité, ni douleur vertébrale, ni signes de compression médullaire.

Dans cette nomenclature des maladies ayant quelque ressemblance avec la Pleurésie interlobaire, il y en a un certain nombre dont l'importance au point de vue du diagnostic différentiel est relativement minime. D'autres au contraire, demandent à être envisagées avec beaucoup plus d'attention car leur symptomatologie a plus d'un point commun avec celle de l'affection qui nous occupe. Ce sont, la pneumonie, la pleurésie en tant qu'inflammation de la grande plèvre, la tuberculose, les abcès et la gangrène du poumon et la dilatation des bronches.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT MÉDICAL

Le médecin s'efforcera de relever les forces du malade. A cet effet, il prescrira des toniques, l'alcool, la potion de Todd, l'extrait ou la poudre de quinquina.

La fièvre sera combattue par les sels de quinine et en particulier par le sulfate, le lactate, le bromhydrate et par l'antipyrine. C'est un élément très important de la maladie, aussi devra t-on chercher à l'enrayer sous peine de la voir s'éterniser et prendre les caractères de la fièvre hectique.

L'emploi de la médication révulsive arrivera peut-être à modifier le processus phlegmasique et tendra à limiter la lésion. On utilisera alternativement les pointes de feu, les ventouses sèches et scarifiées, les vésicatoires.

Après l'apparition de la vomique, il faudra chercher à modifier l'abondance de la suppuration. Les uns ont essayé le tannin et Duboué de Pau, aurait eu des succès ; Moutard-Martin ne lui reconnaît pas une grande influence. Trousseau et Dieulafoy ensuite ont donné la téré-

benthine et l'Eucalyptus ; ces deux médicaments auraient d'après eux l'avantage de diminuer la fétidité de l'haleine et des crachats.

Le copahu, le santal, les acides phénique, salicylique, thymique et ses dérivés ont été préconisés dans le même but.

Les eaux sulfureuses sont conseillées dans les cas où la suppuration est ancienne et ne se tarit pas mais on devra les employer avec réserve tant qu'il y a de la fièvre.

Les arsenicaux, l'huile de foie de morue, ont présenté des avantages.

Les fonctions digestives seront surveillées avec soin.

Enfin l'hygiène sera sévère. Le malade ne quittera la chambre que longtemps après la vomique et pas du tout si l'expectoration purulente est persistante. Il craindra les refroidissements.

Malgré tous ces soins, on arrive rarement à de bons résultats. La fièvre persiste, le malade dépérit de jour en jour et la mort est fatalement inévitable si l'on n'emploie d'autres moyens.

Il ne reste plus que l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL (PNEUMOTOMIE)

Ce chapitre que nous consacrons à l'étude de la pneumotomie dans le cas de pleurésie interlobaire suppurée comprendra six parties :

- A. *Nécessité d'un diagnostic médical certain.*
- B. *Indication et contre-indication de l'opération*
- C. *Lieu de l'opération..*
- D. *Manuel opératoire.*
- E. *Soins consécutifs.*
- F. *Pronostic de l'opération.*

A. *Nécessité d'un diagnostic médical certain.* — Avant d'aborder l'étude proprement dite du traitement chirurgical, nous croyons devoir insister, en raison précisément des difficultés du diagnostic sur la nécessité qu'il y a à s'entourer de toutes les précautions pour arriver à l'établir d'une façon certaine.

Reconnaître une cavité intra thoracique, que ce soit une ectasie bronchique, une caverne pulmonaire ou à plus forte raison une poche interlobaire, n'est pas chose banale. Nous avons vu des médecins rompus aux finesses de la clinique s'y tromper et dénoncer des cavités pulmonaires dans des cas où l'autopsie n'en révéla pas de traces. M. Segond nous racontait dernièrement qu'il avait ouvert un poumon pour une cavité purulente diagnostiquée par un de nos plus habiles médecins des hôpitaux et où il lui fut impossible de découvrir la moindre poche. Il trouva seulement du tissu de sclérose sillonné par des bronches dilatées et remplies de mucosités ; elles avaient donné lieu à des signes cavitaires très-nets.

Aussi, bien que nous ayons une grande confiance en l'innocuité de la pneumotomie, nous nous garderons bien de la conseiller toutes les fois que le diagnostic sera un tant soit peu hésitant. Nous souscrivons ainsi à ce principe que les progrès de la chirurgie moderne ne suffisent

pas à autoriser une opération quelle qu'elle soit si toute la portée n'en a pas été très exactement calculée au préalable.

Si donc la symptomatologie nous laisse encore quelques doutes, nous n'hésiterons pas à recourir à des ponctions aspiratrices profondes faites avec de longues aiguilles aseptiques dans la région où la poche purulente sera soupçonnée. Nous ne prendrons le bistouri qu'à la seule condition que ces aspirations répétées nous garantiront la présence indiscutable du pus. Telle a été la conduite de M. Segond auprès de notre malade, et l'on a pu voir déjà que son intervention fut retardée jusqu'au jour où les preuves matérielles que nous exigeons lui furent fournies.

B. — *Indications et contre-indications de l'opération.* — Toutes les pleurésies interlobaires suppurées sont-elles justiciables de cette intervention ?

Les observations de guérison spontanée et complète sont rares, mais elles existent néanmoins. L'employé de commerce dont l'histoire fait l'objet de notre observation II le témoigne. Il est des malades, qui, à son exemple, éprouvent un soulagement très notable après la vomique, expectorent largement tous les produits dus à l'inflammation de leur séreuse et ne tardent pas à reprendre un état général meilleur. Leur poche se tarit peu à peu, l'appétit revient et l'embonpoint reparaît. Ceux-là doivent continuer le traitement médical, dont ils ont beaucoup bénéficié du reste et nous ne croyons pas qu'il soit

nécessaire de les exposer aux dangers d'une opération chirurgicale.

Mais, si au bout de quelques semaines, un mois deux mois et plus, l'expectoration, loin de diminuer, devient de plus en plus abondante, si l'appétit disparaît et si l'état général déclinant, le malade ne laisse aucune chance de rétablissement, alors plus de petits moyens, la pneumotomie est formellement indiquée. Il faut la pratiquer au plus vite et ne pas s'inquiéter si dans cet acheminement rapide vers la cachexie, la tuberculose ne s'est pas insidieusement glissée dans les sommets. Raison de plus d'opérer sans retard, car le seul moyen d'enrayer la nouvelle maladie est d'enlever la cause première de tous les malheurs, d'extirper le mal à sa racine, de vivifier ce terrain débilité, si favorable au développement des maladies concomitantes et de remonter enfin l'état général pour lui assurer une plus grande résistance.

C. — *Lieu de l'opération.* — Le diagnostic est certain et l'opération décidée. Notre premier soin est d'arrêter tout d'abord la région du thorax sur laquelle nous devons porter l'instrument tranchant, en d'autres termes, de chercher le point d'élection.

Pour obtenir quelque précision dans ce sens, nous devons rappeler brièvement les connaissances anatomiques relatives aux scissures interlobaires et leurs rapports avec la paroi thoracique.

Lorsqu'on examine un poumon sain, on voit que sa face externe est parcourue obliquement par une scissure qui pénètre dans la profondeur jusqu'au voisinage du

hile, c'est la scissure interlobaire. Simple à gauche, elle commence, en arrière à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de l'organe, environ à six centimètres du sommet, d'après Sappey. Puis, elle se dirige obliquement en bas et en avant et vient se terminer immédiatement au-dessus de la base. Elle divise ainsi le poumon gauche en deux lobes à peu près égaux.

A droite, l'origine de la scissure et sa terminaison sont à peu près identiques. Mais, après un certain trajet, elle se bifurque et la nouvelle scissure dont la direction est horizontale ou oblique en haut et en avant crée un troisième lobe taillé presque en entier aux dépens du lobe supérieur et qui se trouve situé sur la partie antéro-latérale du poumon droit.

La plèvre viscérale tapisse dans toute leur étendue les surfaces des lobes correspondants et facilite ainsi leur glissement réciproque.

Des études expérimentales ont établi les rapports respectifs des scissures interlobaires et de la paroi thoraciques.

A gauche, la direction de la scissure est marquée sur la paroi postéro-latérale du thorax par une ligne commençant en haut dans le troisième espace intercostal en dehors de la gouttière vertébrale, et se terminant en bas, au niveau de la 7^e côte ou dans le 6^e espace intercostal, au-dessous et en dehors de la pointe du cœur. Cette ligne effleure l'angle inférieur de l'omoplate, lorsque le malade est assis, les bras en avant, dans la position d'un homme dont on ausculte la partie postérieure du poumon.

A droite, la direction de la scissure principale est à peu

près la même, sauf qu'elle est peut-être un peu moins oblique en avant, à partir de sa moitié inférieure. Quant à la branche de bifurcation, elle est à peu près horizontale et correspond à la 5^e côte ou à la partie inférieure du 4^e espace intercostal.

L'incision portera donc au niveau de la 7^e côte et vers le milieu de la ligne axillaire ou un peu en arrière. La clinique démontre en effet que cette région correspond au siège de l'épanchement. Ce choix de la septième côte n'est cependant pas absolu et si par hasard, l'épanchement se trouve un peu plus haut ou un peu plus bas, il nous sera facile de réséquer telle autre côte suivant les excellents points de repère que nous fourniront l'auscultation et surtout la pénétration.

D. Manuel Opératoire. — Sans vouloir entrer dans trop de détails, relativement à l'instrumentation, nous croyons devoir rappeler que les instruments suivants sont à peu près indispensables : un bistouri ordinaire, deux rugines l'une plate l'autre courbe, des cisailles de Farabeuf, un thermocautère et une seringue de Pravaz montée sur une longue aiguille.

Toutes les précautions antiseptiques prises (savonnage de la paroi thoracique, lavages au sublimé, etc.,) le malade sera anesthésié et couché sur le flanc opposé au côté malade. L'opération comprend trois temps : 1^o *Incision des parties molles et résection costale.* — 2^o *Ouverture du poulmon.* — 3^o *Drainage.*

Avant d'aller plus loin, nous tenons à dire que nous préférons la résection d'une côte à la simple incision sur un espace intercostal, parce qu'elle facilite le drainage,

qu'elle assouplit la paroi thoracique correspondante à l'excavation et qu'enfin elle favorise son retrait.

L'incision des parties molles sera horizontale, verticale, oblique, en H, en L, en 7, en T, en L ou en quadrilatère selon les préférences d'un chacun et selon que l'on voudra obtenir plus ou moins de jour sur le poumon. A l'exemple de M. Segond nous nous contenterons d'une incision rectiligne légèrement oblique suivant la côte et voici comment nous procéderons : (1)

Nous tracerons exactement sur le milieu de la face externe de la côte désignée une incision de 11 centimètres, telle que son milieu corresponde à la ligne axillaire. Le bistouri sectionnera en même temps la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et pénétrera jusqu'à l'os en divisant le périoste à fond et avec soin. Une rugine droite décortiquera la face externe en relevant la lèvre supérieure du périoste, puis en abaissant l'inférieure et détachera successivement des bords supérieurs et inférieurs les attaches des muscles intercostaux. Saisissant ensuite une rugine courbe sur le plat, on cherchera à desinsérer le muscle intercostal interne, puis à soulever les vaisseaux et les nerfs hors de la gouttière. La rugine sera ainsi promenée tout le long de la côte dans une étendue de 8 à 9 centimètres de façon à détacher complètement le périoste.

Une fois l'os dénudé, on le sectionnera à ses deux extrémités, avec la cisaille de Farabeuf dont on engagera le

(2) Voir Farabeuf, Précis de manuel opératoire, P. 830.

mors mousse et concave sous la côte préalablement chargée sur la rugine.

Grâce à ces soins minutieux, le périoste sous-costal est parfaitement détaché, les vaisseaux sont ménagés et toute possibilité d'hémorrhagie par conséquent écartée. Pour plus de sécurité, nous les lierons aux deux extrémités de la plaie. Sectionnant ensuite le périoste sous-costal parallèlement à la plaie cutanée, nous arrivons sur la plèvre.

Ici se place une question d'une importance considérable; il s'agit des adhérences pleurales, qui, selon qu'elles existent ou non nécessitent une conduite spéciale.

Les adhérences, il y en a du reste presque toujours, facilitent beaucoup l'opération en ce sens qu'elles permettent d'éviter un certain nombre d'accidents dont nous aurons à parler plus loin. Pour nous assurer de leur présence, il suffira, une fois la côte reséquée, de faire une ponction exploratrice dans la région pulmonaire que nous devons attaquer. Si les deux feuillets de la plèvre sont mobiles l'un sur l'autre, les mouvements respiratoires amèneront le déplacement de la portion pulmonaire ponctionnée et provoqueront par suite, une oscillation de l'aiguille. Si, au contraire, celle-ci reste immobile c'est que des adhérences pleurales empêcheront le déplacement du poumon.

Outre le premier avantage, cette ponction aura celui de confirmer une fois de plus l'existence d'une excavation pleurale et de nous donner des indications sur sa profondeur.

La question est résolue; un coup de bistouri sur les

deux plèvres adhérentes nous amène sur le poumon : c'est le deuxième temps.

L'ouverture du poumon sera faite de préférence, au thermocautère modérément chauffé. Cet instrument a sur le bistouri l'avantage d'empêcher la pénétration du sang dans les bronches, d'éloigner les accidents de suffocation et de permettre en fin de compte, d'opérer à sec.

La cavité pleurale est à peine ouverte qu'il s'écoule un flot de pus au dehors ; chez l'opéré de M. Segond, on en vit sortir une quantité évaluée à peu près à un demi litre. C'est le moment d'explorer cette cavité pour avoir des renseignements sur sa forme et son étendue. On y introduira, un stylet ou mieux encore le doigt.

Durant ces dernières manœuvres et grâce aux mouvements respiratoires, cette poche s'est en partie vidée. Il nous reste à la drainer (3^e temps) et à terminer le tout par un pansement final.

Le drainage doit maintenir les lèvres de la plaie béantes et assurer ainsi l'évacuation permanente et complète des liquides purulents. Un des meilleurs procédés est celui employé par M. Segond. Il consiste à prendre deux gros drains en caoutchouc souple, semblables à ceux dont on se sert dans les hôpitaux, d'une longueur de quatre à cinq centimètres environ et à fixer chacun d'eux à une extrémité de la plaie où on le maintient solidement avec des tampons plongeant aussi dans la plaie. Ceux-ci seront, soit de gaze iodoformée, soit d'ouate salicylée, phéniquée, salolée, au gré du chirurgien. Si l'on arrive à bien tasser ces tampons les uns contre les autres, les tubes resteront en place et ne risqueront pas d'aller se perdre dans la

profondeur de la cavité pleurale. Pour plus d'assurance cependant, nous proposerions volontiers de les munir à leur extrémité externe d'une épingle anglaise grand modèle, posée perpendiculairement à la plaie.

Quelle sera maintenant notre conduite dans les cas où les adhérences manqueront?

Nous ne devons pas oublier qu'en opérant dans de pareilles conditions, nous nous exposons à de graves inconvénients, voire même à de véritables dangers. En ouvrant la grande plèvre nous pouvons provoquer la formation ultérieure d'un pneumothorax et y laisser tomber d'autre part des matières purulentes. Aussi, la perspective de ces complications a déterminé certains chirurgiens à essayer de provoquer des fausses membranes. Les uns préconisent l'emploi de caustiques au voisinage de l'excavation; d'autres et Godlee est du nombre mettent en usage des ponctions répétées.

Ces méthodes sont peut-être rationnelles, mais nous ne les adopterons pas car nous estimons qu'il est possible de procéder autrement, tout en écartant et aussi avantageusement les mêmes dangers.

Le manuel opératoire que nous recommanderons, plusieurs fois mis en pratique par M. Segond est absolument semblable à celui du cas précédent pour tout ce qui a trait au 1^{er} temps. Il diffère à partir du moment où l'on a mis le poumon à découvert. Tous les efforts du chirurgien doivent tendre dès lors à fermer aux liquides purulents l'accès de la plèvre. Que faire?

Attirer le poumon dans la plaie thoracique où il fera en quelque sorte hernie et le maintenir solidement dans

cette situation à l'aide de pinces. Si elles sont insuffisantes il ne faut pas craindre d'avoir recours au fil d'argent et une couronne de sutures dont les fils comprimeront à la fois le tissu pulmonaire et les lèvres de la plaie thoracique répondra à nos indications. On pourra pour plus d'assurances placer quelques petites éponges sur le pourtour. Ceci fait, nous aurons soin de vider immédiatement la cavité purulente avec un appareil aspirateur quelconque pourvu que le trocart employé soit d'assez forte dimension.

Avec de pareilles précautions, nous pouvons entamer le poumon en toute confiance et toujours à l'aide du thermocautère ouvrir la poche sans avoir d'autre souci de la plèvre. Nous drainons par le procédé déjà indiqué.

Ce manuel opératoire est en somme celui de l'évacuation de toute poche purulente quel que soit son siège. Incision des parties molles, ouverture de la cavité et drainage, ces trois temps sont toujours les mêmes. Il est néanmoins, tout un côté du principe que nous avons entièrement laissé de côté, nous voulons parler des lavages antiseptiques.

C'est une règle presque absolue qu'il faut laver les cavités purulentes, d'abord pour en chasser le pus et puis ensuite pour en modifier la nature s'il en reste quelques parcelles. Elle ne saurait cependant s'appliquer au poumon, sous peine d'exposer à de sérieuses complications. Les liquides peuvent pénétrer dans les bronches et déterminer des accès de dyspnée et de suffocation quelquefois très-inquiétants. On verra dans l'observation III que M. Prengrueber les abandonna bien vite, malgré son

intention première et cela d'autant mieux, que le lavage des parties voisines laissa pénétrer quelques gouttes de liquide dans les bronches où elles provoquèrent les accidents en question.

M. Segond s'en abstint aussi chez son opéré (observation II.) et fit procéder au pansement immédiatement après la pose des drains.

Celui-ci ne diffère en rien des pansements antiseptiques ordinaires. Des compresses trempées dans un liquide antiseptique quelconque, recouvertes d'une feuille de taffetas gommé pour en empêcher l'évaporation, du makintosh, une épaisse couche de ouate et un bandage de corps légèrement compressif en sont les principaux éléments.

E. Soins consécutifs. — Le malade doit être transporté dans une chambre isolée autant que possible, et garder un repos absolu. On veillera à ce qu'il parle peu et on lui évitera tout mouvement propre à lui donner quelque fatigue.

On l'alimentera progressivement; du bouillon, du lait au début, un peu de viande au bout de quelques jours, s'il en désire et l'on mettra en somme à profit tout ce qui sera de nature à le remonter et à le tonifier.

L'alcool, une potion de Todd avec de l'extrait de quina, à la dose de 2 à 4 grammes rendront de très grands services.

Dans les premiers temps, le pansement sera très rapidement souillé, aussi, faudra-t-il le renouveler à peu près tous les jours. On évitera ainsi le séjour prolongé du pus

dans les parties voisines et par ce fait même l'irritation qu'il ne manquerait pas de produire.

Si les choses marchent bien, la suppuration ne tardera pas à être moins abondante, le volume de la poche diminuera, le malade reprendra de l'appétit et son état général s'améliorera tous les jours.

Dès que la cavité sera en grande partie obturée et la plaie cutanée en bonne voie de cicatrisation, les drains devront être enlevés et l'on se contentera d'un simple pansement à la gaze iodoformée.

La guérison complète semble ne pas demander, en général plus de un mois à six semaines.

F. Pronostic. — Le pronostic de cette opération est aujourd'hui très favorable. Mais, nous craindrions d'être taxé de témérité, en nous prononçant trop catégoriquement avec le nombre restreint d'observations que nous possédons.

Nous avons consulté l'ouvrage récent de M. Truc (1) sur la chirurgie du poumon et nous n'avons pas trouvé de faits relatant cette intervention dans le cas de pleurésie interlobaire suppurée. L'auteur n'a en vue dans sa statistique que les pneumotomies pour cavernes pulmonaires, kystes hydatiques, gangrène du poumon, corps étranger tous cas d'ailleurs n'infirmant en rien celui qui nous occupe.

Un coup d'œil jeté sur les travaux de la chirurgie anglaise et américaine ne nous a rien fait découvrir. Ce

(1) Truc. Essai sur la chirurgie du poumon. T. I. Lyon, 1885.

n'est pas que les observations de pneumotomie soient multiples, mais soit qu'elles appartiennent à Fenger, Pepper, Porwell et Lyell, Wunderlich ou à Teale, toutes se rapportent à des cas différents de celui que nous avons envisagé.

Nous avons donc 3 observations indiscutables : ce sont 3 succès, voilà le fait. Les insuccès, s'ils existent, ne sont pas arrivés à notre connaissance. Ces trois succès nous laissent de grandes espérances et nous croyons qu'ils sont assez éclatants pour servir à diriger l'attention des chirurgiens sur cette application nouvelle de la pneumotomie.

Nous donnons ci-après nos deux dernières observations.

OBSERVATION III

Pleurésie interlobaire suppurée droite. — Crachats fétides. — Hémoptysies considérables. — Vomiques abondantes. — Fièvre irrégulière. — Alternatives de bien-être et de malaise intense. — Pneumotomie. — Suites opératoires excellentes. — Guérison.

Cette observation est consignée dans le Bulletin de l'Académie de médecine (19 octobre 1886). Nous la donnons là telle qu'elle se trouve reproduite dans la semaine médicale de l'époque :

MM. Prengrueber et de Beurmann présentent une malade dont voici l'histoire.

Il s'agit d'une enfant de douze ans, entrée à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable siégeant à la partie moyenne

du poumon droit. Les crachats étaient fétides et abondants, ils étaient rendus en masse après les quintes de toux, sous formes de petites vomiques qui se renouvelaient cinq ou six fois par jour. Au moment où celles-ci se produisaient il en résultait une odeur gangréneuse si intense que la salle en était infectée.

Les parents racontaient que l'enfant était devenue malade, il y a quatre ans; que tout à coup elle avait été prise d'une fièvre vive avec douleur au côté droit et vomissements de sang abondants. Le côté droit de la poitrine serait même devenu plus volumineux que le gauche. Au bout de six mois environ et après avoir eu plusieurs hémoptysies, l'enfant avait vomi du pus excessivement fétide en très grande quantité. Ces vomissements s'étaient reproduits à plusieurs reprises. Puis, la fièvre s'était calmée graduellement, l'appétit avait reparu, l'embonpoint était un peu revenu, la toux et les crachats étaient devenus plus rares. Enfin, la petite malade avait pu se lever et sortir, bien qu'elle eut continué à se plaindre de temps en temps du côté droit et que son haleine eut conservé une odeur fétide.

Mais, au bout de quelques mois, la fièvre s'était de nouveau montrée, l'enfant avait déjà été obligée de reprendre le lit, et bientôt se reproduisait une série de vomiques en tout semblables, aux premières. Il y eut ainsi une dizaine de rechutes.

Ces indications concordent avec les résultats de l'examen direct pour indiquer la présence d'une excavation considérable. Il est bien difficile de préciser la cause sous l'influence de laquelle s'est produit cette caverne, mais il est permis de supposer qu'il s'agit soit d'une gangrène d'origine inflammatoire, consécutive à la mortification d'un foyer broncho-pneumonique, soit d'une pleurésie interlobaire suppurée et ouverte dans les bronches. L'existence d'un certain degré d'ampliation du côté malade au début des accidents, signalée par les parents paraît même devoir faire pencher la balance vers cette dernière hypothèse.

La tuberculose doit être écartée à cause du siège de la caverne, de la marche des accidents, de l'absence de bacilles dans les cra-

chats ; les antécédents héréditaires sont du reste favorables à ce point de vue.

Dans ces conditions, l'idée d'une pneumotomie, qui avait déjà été agitée nous parut s'imposer ; elle seule en effet pouvait permettre d'atteindre le foyer, de le désinfecter, de tarir la source de ses crachats putrides, d'arrêter le processus gangréneux et d'interrompre la série de ces accidents sans cesse renouvelés, qui, abandonnés à eux-mêmes, ne paraissaient pouvoir se terminer que par une terminaison fatale.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : le point fixé par M. de Beurmann comme étant celui au niveau duquel la cavité était le plus facilement accessible, correspondait à la partie antéro-latérale de la poitrine et était placé sur le trajet d'une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate, à trois travers de doigt au-dessous de cet angle. A ce niveau, M. Prengacher tailla un lambeau cutané en forme d'U à base supérieure et qui fut relevé vers la partie supérieure. Grâce à la rétraction de la peau voisine, il en résulta une plaie assez régulièrement circulaire d'environ dix centimètres de diamètre, au fond de laquelle on voyait les fibres du grand dorsal. Ce muscle fut divisé au moyen d'une incision cruciale et écarté de façon à découvrir les 5^e et 6^e côtes dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Le périoste de la 6^e côte fut incisé longitudinalement, puis décollé à la rugine par en bas, par en haut, et enfin à la partie postérieure. Le décollement fut conduit avec les plus grandes précautions, surtout au niveau de la gouttière costale, afin de respecter les vaisseaux et nerfs que loge cette gouttière.

La côte ainsi dégagée dans une étendue correspondante à la largeur de la plaie, il fut facile d'en réséquer cinq centimètres au moyen d'une double section faite au sécateur. Cette manœuvre fut répétée sur la 5^e côte.

Dans ces conditions, la paroi thoracique était percée par une large fenêtre quadrilatère dont les côtés horizontaux avaient cinq centimètres de large, les côtés verticaux 7 à 8. Au fond de cette fenêtre on avait la plèvre pariétale, intimement unie à la plèvre

viscérale et au poumon, que l'on voyait s'abaisser et se gonfler successivement, à chaque respiration.

Restait à inciser le poumon jusqu'à la caverne, qui devait être sous-jacente. Cette incision porta sur toute la largeur de la fenêtre dans sa partie la plus déclive, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la 7^e côte. Elle fut faite au thermocautère, modérément chauffé.

A peine eut-on effleuré les tissus que l'on put entendre la crépitation spéciale due à la sortie des bulles d'air contenu dans les alvéoles ouvertes par l'instrument. M. Prengrueber sectionne ainsi une épaisseur d'environ trois centimètres de poumon, et il put constater chemin faisant que ce poumon était fortement tassé mais relativement sain, en ce sens qu'il ne renfermait aucun de ces noyaux caséeux qui avoisinaient d'habitude les cavernes tuberculeuses. C'était là une nouvelle confirmation de l'exactitude du diagnostic porté.

Arrivé à cette profondeur de trois centimètres, l'instrument pénétra dans une cavité par laquelle sortit un air méphitique accompagné de quelques sécrétions bronchiques. Le but poursuivi était donc atteint. L'incision fut d'abord agrandie dans toute la largeur de la fenêtre pariétale, puis on fit une seconde incision perpendiculaire à la première. Comme cette seconde incision devait forcément sectionner les vaisseaux et nerfs intercostaux elle fut faite entre deux pinces dont l'un des mors était introduit dans la caverne, tandis que l'autre restait au-dessus. Ces pinces furent laissées à demeure suivant la méthode de M. Péan.

L'ouverture ainsi obtenue était assez grande pour permettre au doigt d'entrer librement dans la caverne.

On ne fit aucun lavage de la cavité et cette conduite se justifiait d'autant mieux que le peu de liquide qui pénétra dans le poumon pendant le lavage des parties voisines suffit pour provoquer des accès de toux avec tendance à la suffocation. Le lambeau cutané fut alors suturé, sauf dans sa partie inférieure; on plaça un très gros tube dans la cavité et on fit un pansement à l'iodoforme.

Le malade ne perdit pas de sang, on peut même dire que la section du poumon fut exsangue.

L'opération avait duré trois quarts d'heure, elle fut en somme assez simple, ce qui s'explique surtout par la précision avec laquelle avait été déterminée la position déclive de la cavité.

Signalons toutefois, comme particularité la difficulté toute spéciale de l'administration du chloroforme.

Cette difficulté s'explique par ce fait que la malade étant couchée sur le flanc gauche les mucosités contenues dans sa caverne venaient obstruer les bronches du côté sain. On dut même à plusieurs reprises, au début principalement, faire lever la malade, afin de lui permettre de rejeter ces mêmes mucosités.

Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain on put enlever les pinces de Péan sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang. L'air entra et sortait librement par la plaie thoracique, et le pansement était souillé des liquides que la malade rejetait journellement par la bouche. Ces liquides avaient encore de l'odeur, mais il n'étaient plus une cause d'infection, et bien que petite, la chambre occupée par la malade n'avait plus l'odeur insupportable des jours précédents.

Au troisième jour, l'air ne sortait plus aussi librement par la plaie thoracique, il fallait que la malade fasse un effort violent pour que l'on puisse percevoir la sortie de quelques bulles d'air. La caverne en somme s'était comportée comme se comportent d'habitude les parties purulentes auxquelles on fait une ouverture dans ses parties déclives. L'ouverture supérieure devenue inutile se boucha spontanément.

Dans ces conditions le lavage de la poche pouvait se faire sans inconvénients, et de fait, l'injection d'une solution phéniquée à 1 0/0 ne donna lieu à aucune manifestation inquiétante.

Les jours suivants la plaie prit peu à peu l'aspect rosé, granulé des plaies de bonne nature, l'écoulement purulent et son odeur diminuèrent, mais bien lentement et à l'heure actuelle, trois semaines après l'opération, il n'a pas complètement disparu, ce qui résulte probablement des anfractuosités de la caverne et de la

difficulté qu'a le poumon à revenir sur lui-même. L'état général de la malade est excellent, et d'ores et déjà elle se rend compte du bénéfice de l'opération.

OBSERVATION IV

Malade opéré de Pneumotomie pour une large excavation pulmonaire produite par une pleurésie interlobaire suppurée. Suites opératoires bonnes. Guérison. — (Académie de méd. de Belgique, 27 novembre 1886. — Semaine médic. 86. P. 501).

L'histoire de ce malade est la suivante :

Il a présenté deux hémoptysies en 1882, une nouvelle en 1884; ces accidents n'ont pas été suivis de toux ni d'expectoration. En mai 1886, il a eu un point de côté avec de la fièvre; on a constaté une matité étendue du côté gauche, avec souffle et égophonie; la rate était abaissée; diagnostic: épanchement pleurétique. Le 22 juin, une ponction exploratrice ne donne aucun résultat; le 27, le malade vomit une grande quantité de pus, et la température qui était à 40° tombe à 38°, le 2 juillet l'expectoration cesse et la température remonte; après des alternatives diverses, M. Thiriar se décide à l'opérer le 27 août: large incision en 'L' retourné, résection des quatre côtes, incision profonde avec le thermocautère au travers du tissu atelectasique. Cette incision fait pénétrer dans une large cavité; des injections au sublimé pratiquées dans cette cavité ressortent par la bouche. La température tombe immédiatement à 37°; le 3 septembre, on constate dans les produits de sécrétion de la cavité la présence de microcoques de la gangrène pulmonaire. La cavité se rétrécit de plus en plus. Aujourd'hui comme on peut le constater, elle a complètement disparu et la plaie est guérie. On observe que la poitrine est affaissée à gau-

che et qu'il y a déviation de la colonne vertébrale du même côté. Le poumon descend jusqu'à la huitième côte. Ce malade a été traité consécutivement par des inhalations d'air comprimé. Il présente maintenant un embonpoint excellent et il est complètement guéri.

CONCLUSIONS

1° La pleurésie interlobaire suppurée peut être divisée en deux périodes : l'une antérieure et l'autre postérieure à la vomique. Peu nette dans la première période, la symptomatologie devient plus caractéristique à la deuxième.

2° Mais, elle est souvent très imparfaite et ne suffit pas toujours, à elle seule, à faire porter le diagnostic. On y arrive en procédant par exclusion.

3° Les moyens médicaux n'offrent que de médiocres avantages. Lorsqu'on les a mis quelque temps en usage et que le malade, loin de s'améliorer baisse de plus en plus, la pneumotomie devient indiquée.

4° Pratiquée dans de bonnes conditions, cette opération paraît avoir des suites bénignes et semble appelée à rendre de très grands services.

Vu : le Président de thèse.

DAMASCHINO

Vu et permis d'imprimer :

Le vice recteur de l'académie de Paris.

GRÉARD.

Vu : Le Doyen.

BROUARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LAGRANGE. — De la pleurésie purulente. Th. Paris 1868.
- DAMASCHINO. — De la pleurésie purulente. Th. agreg. Paris 1869.
- MOUTARD-MARTIN. — De la pleurésie purulente. Paris 1872.
- N. GUÉNEAU DE MUSSY. — Pleurésie purul. (arch. gener. med. 1873).
- BENARD L. — Traitem. de la pleurésie purulente Th. Paris n° 71.
- CHASSAIGNAC. — De l'Empyème purulent traité par le drainage chirurgical (Bulletin acad. de med. 1872. n° 12.
- JOUGLA. — Traitem. de la pleurésie chez les enfants. Th. Paris 1872.
- PEYROT J. J. — Etude expérimentale et clinique sur la Pleurotomie. Th. Paris 76.
- VACQUEZ THOMAS. — Trait. de la pleurésie purulente (Union med. 1878.
- F. PERRIER. — Pleurésie interlob. suppurée. Th. Paris 1878.
- MARTINEZ-MESA. — Pleurésie interlob. suppurée Th. Paris 1879.
- PNEUMOTOMIE. — Semaine médicale 1886.
- BISS. — On the treatment of pus secreting basic cavities

- of the lung, by the method of paracentesis and free drainage. (Proc. Roy. med. and surg. soc. of London 27 mai 84 et med. Times 1884. p. 757).
- TRUC. — Essai sur la chirurgie du poumon (1885).
- BOUCHUT. — Mémoire sur les fistules pulmonaires cutanées (lu à l'acad. de med. 1854. p. 123).
- CARTAZ. — Revue critique sur la pneumotomie. Gaz. med. de Paris 84.
- CH. FENGER. — Surgical treatment of the lung. med. news (7 juin 84) et Revue Hayem 15 janv. 85. T. XXV. p. 298).
- CH. FENGER ET HOLLISTER. — Opening of cavities in the lung. (americ. journ. of the med. sc. oct. 81 p. 370).
- H. PAYNE. — Pulmonary abscess opened antiseptically (the lancet 15 avril 82. T. I p. 601.)
- W. PEPPER. — The local treatment of lung cavities, in americ. jour. of the med. sc. oct. 1874. T. II. p. 255.)
- D. POWELL ET LYELL. — Basic. cavity of the lung treated by paracentese (Proc. med. Rec. 1880. p. 333 et The lancet 1880 T. II).
- WUNDERLICH. — The surgical treatment lung cavities. (The New York med. jour. 10 janvier 1885 n° 2 T. XLI. p. 35)
- TEALE. — Abscess of lung cured by incision and drainage (The lancet 5 juillet 1884. T. I. p. 6.)